

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

POUR LE

N°
133

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard JAGOT

Né le 4 juin 1900 à Segré (Maine-et-Loire)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien Préparateur à l'Ecole de Médecine

LA

COLPECTOMIE TOTALE SIMPLE

DANS LE TRAITEMENT

DES

PROLAPSUS GÉNITAUX

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

133

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard JAGOT

Né le 4 juin 1900 à Segré (Maine-et-Loire)
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes
Ancien Préparateur à l'Ecole de Médecine

LA

COLPECTOMIE TOTALE SIMPLE

DANS LE TRAITEMENT

DES

PROLAPSUS GÉNITAUX

Président : M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Ferland). . . Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .		PROUST . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui voulut bien nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

Respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur GAUDIN

Chirurgien suppléant des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé dans notre travail.
Avec notre reconnaissance pour ses
précieux enseignements et nos remer-
ciements pour les nombreux docu-
ments qu'il nous a confiés.*

A Monsieur le Docteur H. LERAT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien suppléant des Hôpitaux

*En témoignage de notre gratitude pour
sa grande bienveillance et en remer-
ciements pour les observations qu'il
a bien voulu nous communiquer.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs GUILBAUD (*in memoriam*), JOUON,
MOISNARD, BRELET, COULONJOU, TEXIER, LÉ-
VESQUE, GOURDET, FAVREUL, H. LERAT,
G. SOURDILLE, L. SOURDILLE, MOUTIER,
GAUDIN.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe ou l'interne.*

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES

AVANT-PROPOS

Le prolapsus génital est une infirmité fréquente chez la femme adulte et chez la femme âgée. Depuis longtemps, les chirurgiens se sont efforcés d'y porter remède et nombreux sont les procédés qu'ils ont imaginés dans ce but. Dans la diversité des solutions proposées, il semble qu'une considération primordiale doive guider le choix de l'opérateur : l'âge de la malade. Alors qu'il s'efforcera de sauvegarder l'intégrité des fonctions génitales par des opérations conservatrices chez la femme jeune, il préférera chez la femme âgée, des interventions mutilantes, d'une technique souvent plus simple, d'une gravité opératoire moindre, d'une efficacité plus certaine.

De nombreuses colpectomies totales simples ont été pratiquées à Nantes au cours de ces dernières années chez de vieilles femmes atteintes de grands prolapsus génitaux. Les excellents résultats obtenus nous ont incité à ajouter les quelques observations qui suivent aux documents relativement peu nombreux publiés en France sur l'opération de Muller et à décrire une modification de technique qui en facilitant la tâche dans certains cas de prolapsus incomplets paraît susceptible d'étendre les indications de ce procédé.

APERÇU DES PRINCIPALES OPÉRATIONS PROPOSÉES POUR LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

I. — OPÉRATIONS CONSERVATRICES. — Un certain nombre d'opérations conservatrices ont été proposées dans le traitement des grands prolapsus génitaux chez les vieilles femmes.

a) Les uns ont pour but de renforcer la résistance des moyens de contention de l'utérus par le rétrécissement du vagin et la réfection du plancher périnéal, colporrhaphie antérieure et postérieure, colpopérinéorrhaphie, cloisonnement du vagin de Lefort.

b) Les autres consistent à suspendre l'utérus :

— Soit indirectement par l'intermédiaire de ses ligaments, ligamentopexie d'Alquié-Alexander, de Willy, de Doléris, de Dartigues ; raccourcissement des ligaments utéro-sacrés de Freund ;

— Soit directement par une hystéropexie isthmique ou fundique, par une cysto-ventro-pexie (Kiriak).

Ces différents procédés ont pu donner des résultats temporaires. La grosse proportion de récides qui les a suivis les a fait abandonner. Leur échec relatif paraît subordonné à deux ordres de cause :

1^o Dans le cas particulier, c'est-à-dire, chez de vieilles femmes, les lésions sont le plus souvent portées à leur maximum. Le prolapsus présente le type correspondant au 3^e degré: l'utérus, appendu au vagin inversé, se présente à la vulve sous la forme d'une tumeur plus ou moins réductible ;

2^o Les organes ont une vitalité plus ou moins amoindrie. Les tissus réagissent paresseusement et n'ont aucune tendance naturelle à la réparation.

II. — OPÉRATIONS MUTILANTES. — Devant les insuccès des opérations conservatrices, les chirurgiens ont eu recours à des interventions mutilantes, en particulier à l'hystérectomie qui pouvait être *a priori* considérée comme une mesure radicale :

1^o L'hystérectomie abdominale a toujours été suivie de temps opératoires complémentaires :

Le moignon du col est fixé à la paroi (Muller) ;

A l'angle inférieur de la plaie (Legueu) ;

Aux aponévroses et aux muscles de la paroi après froncement du cul-de-sac postérieur du vagin (Violet de Lyon) ;

Après résection d'une bague vaginale plus ou moins large, le dôme vaginal reconstitué est suturé aux ligaments ronds (Jacobs, de Bruxelles), aux muscles et aponévroses de l'abdomen vers le milieu de la ligne d'incision (Polosson).

On peut reprocher à l'hystérectomie abdominale d'être :

— *Inutile*, si l'utérus et les annexes sont sains ;

— *Dangereuse*, en raison de l'âge de la malade et de la gravité opératoire qu'elle comporte :

— *Insuffisante* et les faits ont montré qu'elle n'assure pas nécessairement la guérison et de la cystocèle et de la rectocèle.

2° L'hystérectomie vaginale moins grave a été associée à la colpo-ligamentopexie, par Beverly, Mac Monagle, de San-Francisco, Martin, de Berlin, Gzempin, qui suturent l'un à l'autre les ligaments larges et y insèrent le vagin, par Quénu qui, ligaturant au moyen de 3 fils de soie plats, chacun des ligaments larges, réunit les deux moignons ainsi formés, sur la ligne médiane, en une sorte de sangle et y suspend le dôme vaginal.

Richelot considère comme illusoire la fixation du vagin à des lambeaux qui ne possèdent par eux-mêmes aucune propriété auto-plastique et met sur le compte de la colpopérinéorrhaphie consécutive les bons résultats obtenus.

Pauchet suture ligaments larges, ronds et utéro-sacrés au dôme vaginal au niveau de l'ancienne insertion du col;

3° La colpo-hystérectomie. L'hystérectomie vaginale s'étant révélée insuffisante, on eut l'idée de la compléter par une colpectomie. Les premiers, Fritsch et Martin en Allemagne, combinèrent les deux opérations et obtinrent des résultats durables. A leur suite, Pozzi, Chaput, Doyen, pratiquèrent la colpo-hystérectomie avec succès.

En 1919 dans sa thèse sur la « Colpectomie totale » Delivet décrit la technique de Desmarests, qui ajoute à la

colpo-hystérectomie une myorraphie des releveurs et publie une série de 11 observations personnelles;

4° La colpectomie simple. Indiscutablement, la colpo-hystérectomie, combinée ou non à la périnéorraphie et à la myorraphie des releveurs, s'avérait comme un procédé sûr dans le traitement des grands prolapsus génitaux, mais non pas comme un procédé simple, et l'on peut *a priori* redouter la gravité opératoire d'une intervention aussi complexe chez de vieilles femmes; celles qu'on soigne à l'hôpital, dit Delivet lui-même, sont en outre usées par de nombreuses maternités, par des privations, par des travaux pénibles, auxquelles elles se sont livré quelquefois jusqu'au jour de leur admission malgré la gêne et la douleur causée par leur infirmité.

Déjà, en 1896, Muller avait eu l'idée de ne conserver de cette opération complexe que le second temps: la colpectomie. Bien décrite en 1903, dans sa thèse de Genève par Mlle Vera Krukowa, elle a conservé le nom du Pr de Berne: C'est la colpectomie simple, totale, ou opération de Muller.

Si cette simplification ne se fait pas aux dépens de la sécurité dans les résultats immédiats et lointains, l'opération de Muller, en amoindrissant le risque opératoire nous présentera donc entre autres avantages la possibilité de guérir de leur infirmité des malades qui n'eussent peut-être pas subi sans grave danger une opération plus complexe.

Mais l'acte opératoire limité à la seule colpectomie est-il suffisant?

L'étude impartiale des faits dans les observations que nous avons recueillies est peut-être susceptible d'apporter quelques éléments à la solution du problème. Nous n'avons pas eu d'autre but en les consignant.

L'OPÉRATION DE MULLER

DÉFINITION. — Supprimer dans sa totalité la muqueuse vaginale et substituer à la cavité du vagin une colonne cicatricielle destinée à soutenir l'utérus, telle est la col-lectomie simple, totale.

TECHNIQUE. — Décrite par Mlle Krukowa dans sa thèse, la technique en a été bien mise au point dans le journal de chirurgie de mars 1923, par Dujarier et Larget, à qui nous empruntons ces lignes :

1° Soins pré-opératoires : il est important chez ces malades âgées de pratiquer une série d'examens (analyse d'urine, dosage d'urée dans le sang, examen du cœur et des poumons) car bien que l'opération ne soit ni grave, ni choquante, il ne faut l'entreprendre que chez des sujets présentant une certaine résistance.

Il faut réduire le prolapsus et maintenir la malade au lit pendant quelques jours avec des savonnages journaliers à l'eau tiède et séchage soigneux. Le prolapsus est maintenu par un tamponnement vaginal à la gaze fixée par un bandage en T.

Il est bon d'assurer la vacuité de l'intestin, par des laxatifs légers administrés deux à trois fois avant l'opération.

2° Anesthésie : Nous avons toujours pratiqué l'anes-

thésie rachidienne avec 6 à 8 centigrammes de novocaïne. L'anesthésie a toujours été complète et ne nous a pas donné de déboires. Nous préférons beaucoup, pour cette opération, l'anesthésie rachidienne à l'anesthésie générale chez des femmes âgées, dont le poumon, le cœur et les reins ne sont pas toujours indemnes.

3° Dissection du vagin : On place une pince à abaisser sur chacune des lèvres du col et en tirant sur ce dernier, on fait sortir le prolapsus au maximum. On trace alors, au bistouri, une incision circulaire passant à un travers de doigt, du méat urinaire, en avant, de la fourchette, en arrière, de la vulve sur les côtés.

Cette incision doit intéresser toute la paroi vaginale et ouvrir le plan de clivage, séparant ce dernier, de la vessie en avant, du rectum en arrière. Pour faciliter cette section il faut toujours tendre et bien voir la partie qu'on incise. De judicieuses tractions, exercées sur les pinces fixées au col, permettront d'obtenir facilement ce résultat. Avec un peu d'habitude on arrive à faire cette section circulaire très rapidement et très complètement.

Il est indispensable que la section du vagin soit complète si l'on veut dépouiller facilement le prolapsus. Si des brides de la muqueuse vaginale existent encore, on ne tombe pas franchement dans le bon plan de clivage et l'opération devient pénible et sanglante.

L'incision circulaire une fois faite, on branche sur elle, en avant et en arrière, deux incisions verticales, qui arrivent jusqu'à quelques centimètres du col.

Comme l'incision circulaire, les deux incisions longitudinales doivent intéresser toute la paroi vaginale.

On saisit alors avec une pince, un des angles du vagin et en exerçant des tractions aidées de quelques coups de pointe, on arrive à isoler une des moitiés du vagin. Dans certains cas faciles, on obtient ce résultat par simples tractions. Le vagin s'enlève comme une peau de lapin.

Dans d'autres cas, surtout s'il existe des ulcérations de la muqueuse, le décollement est plus pénible et nécessite l'emploi de la pointe du bistouri. C'est dans les culs-de-sac latéraux du vagin que l'adhérence est maxima ; à ce niveau on doit toujours procéder avec douceur et circonspection.

On sectionne d'habitude à cet endroit, des vaisseaux qui donnent en jet et qu'il est bon de pincer et de lier.

Lorsqu'une des moitiés du vagin est ainsi décollée, on la sépare du col par un coup de ciseau ou de bistouri. On recommence la même manœuvre sur l'autre moitié du vagin.

Si l'on perfore le vagin en le décollant, il faut prendre grand soin de ne pas laisser de petits fragments de muqueuse vaginale adhérer à la surface qu'on dépouille.

Avant de passer au temps suivant, il est bon de décoller au tampon la vessie en avant ; en arrière pour le rectum, cela est inutile.

4° Amputation du col : On pratique alors une large résection du col souvent hypertrophié et allongé ; deux incisions commissurales aux ciseaux divisent le col en deux valves qu'on sectionne à leur base avec le bistouri.

On ferme le col avec trois points au catgut. Avant de

serrer le fil médian, on introduit, sous lui, un faisceau de crins qui servira au drainage.

5° Fermeture par étages de la surface cruentée : On enfouit progressivement l'utérus sous une série de sutures au catgut, soit à points séparés, soit en surjet, deux ou trois séries de suture suffisent en général à réduire tout le prolapsus. L'aiguille de Reverdin ne doit être perforante ni du côté du rectum, ni du côté de la vessie, ce qui est d'ailleurs facile en raison de l'épaississement du prolapsus.

L'hémorragie est en général minime, surtout lorsqu'on a bien pris le plan de clivage et l'on peut parfois terminer l'opération sans lier un vaisseau. Dans certains cas, les artérioles donnent en jet. Il ne faut pas hésiter à les oblitérer par un fin catgut.

On termine en suturant d'avant en arrière la colette vaginale. Au centre sort le faisceau de crins. La suture du vagin doit se faire à points séparés pour permettre au sang et à la sérosité de sortir à l'extérieur.

6° Soins post-opératoires : Il suffit de nettoyer matin et soir la vulve à l'eau stérile.

Pour éviter le contact de l'urine avec la suture vaginale, il est bon de sonder les malades matin et soir pendant 48 heures.

De même il est préférable de les constiper pendant la même période pour éviter le contact des matières. Lorsque les malades vont à la selle il faut les nettoyer avec grand soin.

L'anse de crins tombe du 10^e au 12^e jour. On peut faire lever la malade vers le 15^e jour.

*
* *

Nous n'avons eu, ajoutent Dujarier et Larget, qu'un accident au début de notre pratique, alors que nous ne drainions pas : il s'est formé un hématome qui s'est infecté et a donné à diverses reprises des poussées fébriles coïncidant avec la rétention.

Depuis nous drainons systématiquement avec une anse de crins. Nous y trouvons un autre avantage qui répond au reproche fait à la colpectomie d'abandonner dans la profondeur un utérus qui peut avoir des sécrétions. Le drainage par le faisceau de crins laisse, en général, persister un petit canal du volume d'une plume d'oie, par où s'écoulent les sécrétions au cas où il s'en produit, ce qui est loin d'être la règle.

Nous insisterons, en terminant, sur l'inutilité de la suture des releveurs que nous avions pratiquée au début. Outre que les releveurs sont très atrophiés dans le prolapsus total, la cicatrice circulaire qui se forme est très suffisante pour s'opposer efficacement à la poussée abdominale.

Modifications apportées à la technique

La technique ci-dessus décrite a été observée dans ses grandes lignes au cours de la plupart des interventions dont les observations suivent. Cependant certains détails ont été modifiés en ce qui concerne :

- 1) Les soins pré-opératoires ;
- 2) L'acte chirurgical lui-même ;
- 3) Les soins donnés après l'opération.

L'examen du cœur et des poumons, l'analyse clinique des urines, ont été pratiqués systématiquement. En aucun cas, ces recherches ne nous ont apporté de contre-indications opératoires.

La réduction du prolapsus dans les jours qui précèdent l'intervention a été abandonnée, de même que le séjour au lit. Les ulcérations du col ont été simplement décapées à l'iode quelques instants avant l'opération.

ANESTHÉSIE. — L'anesthésie générale au chloroforme ou au mélange de Schleich a été utilisée 12 fois sur les 43 observations que nous relatons.

La rachi-anesthésie avec 5 à 6 centigrammes de scurrocaïne lui a été préférée 23 fois.

Chez les malades particulièrement débiles, l'anesthésie locale avec la solution de scurrocaïne à 1 p. 200 a donné des résultats très satisfaisants. Sans doute faut-il tenir compte de la sensibilité à la douleur très diminuée chez les vieillards, car toutes les opérées (huit) l'ont déclarée suffisante. Elle paraît nous présenter sur les deux modes d'anesthésie précédents, un certain nombre d'avantages :

- 1) Elle est très peu dangereuse ;
- 2) « Elle souffle, grâce à l'œdème créé artificiellement, la muqueuse à disséquer et facilite grandement la recherche du plan de clivage » ;

3) Elle assure pendant l'intervention une hémostase presque parfaite.

Pour ces trois motifs, elle nous paraît actuellement le procédé de choix et il est vraisemblable que dans les cas à venir, elle sera presque exclusivement employée.

L'anesthésie épidurale a été signalée par quelques chirurgiens. Nous ne la trouvons mentionnée dans aucune de nos observations ; cependant l'anesthésie en selle qu'elle assure, sa simplicité, son innocuité nous paraissent autant d'arguments en sa faveur et il semble qu'il y aurait intérêt à la tenter.

Dans la dissection du vagin, il a paru inutile de brancher deux incisions longitudinales sur l'incision circulaire. La lèvre inférieure de cette incision a été prise avec des pinces, et soit par quelques coups de bistouri, soit par de simples tractions, le prolapsus, suivant l'expression de Muller, a été « dépouillé comme un animal de sa peau » de la muqueuse vaginale qui le recouvrait.

L'amputation du col a été suivie d'une taille en cône du canal cervical qu'on a suturé, mais volontairement négligé de drainer.

Les surjets ont été préférés aux points séparés.

Une sonde à demeure, placée à la fin de l'opération, a assuré le drainage de la vessie pendant quatre à cinq jours. Les soins post-opératoires ont été réduits à une toilette superficielle, sans lavage.

La suture des releveurs, conseillée par Delivet dans sa thèse, n'a jamais été pratiquée.

Ainsi simplifiée dans sa technique, écourtée dans ses préparatifs et dans ses suites, l'opération n'a donné aucun ennui. Nous signalerons seulement la formation assez fréquente d'un hématome plus ou moins important : il s'est toujours évacué de lui-même, sans compromettre les résultats de l'intervention et la guérison a été obtenue même dans ce cas avec une obstruction complète du canal vaginal.

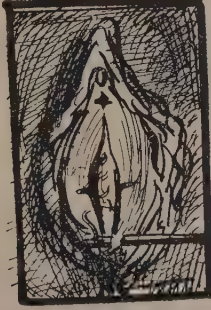
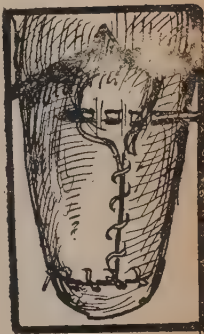
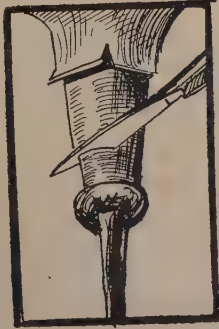
**Opération de Muller modifiée
permettant d'étendre la colpectomie totale
aux prolapsus incomplets**

Les avantages considérables du procédé de Muller ont incité à l'étendre à des cas considérés, jusque-là, comme ne pouvant bénéficier de la colpectomie totale, c'est-à-dire aux prolapsus incomplets.

En effet, si l'ablation de la muqueuse est rapide et facile, lorsqu'elle se fait au grand jour, il n'en est plus de même lorsqu'il existe à la base du prolapsus un cul-de-sac plus ou moins profond, qu'il est difficile d'atteindre et dangereux d'inciser.

Les figures ci-jointes indiquent le procédé utilisé par le Dr Gaudin pour tourner la difficulté et supprimer sans danger la muqueuse vaginale dans sa totalité.

TECHNIQUE : Le prolapsus étant extériorisé au maximum, par une pince à abaisser fixée sur le col, une incision circulaire contenant toute l'épaisseur de la muqueuse est pratiquée à deux centimètres de l'orifice du



canal cervical. Sur elle, se tranchent quatre incisions longitudinales, une antérieure, une postérieure, deux latérales, se prolongeant jusqu'à deux travers de doigt de la limite de la muqueuse vaginale. On se rend compte, en effet, que des tractions judicieusement exercées sur la pince à abaisser, déroulent suffisamment la portion de cul-de-sac qui correspond à chaque incision pour permettre un tracé facile, alors qu'on arrivait à grand peine et non sans danger à insinuer la pointe du bistouri sur le versant externe du cul-de-sac pour y décrire une incision circulaire.

La muqueuse vaginale est ainsi divisée en quatre zones. Chaque lambeau est disséqué du sommet du prolapsus à sa base. Une pince en cœur fixée sur le lambeau à demi-disséqué l'étire et présente à plat la portion de muqueuse qui normalement fait partie du cul de sac. Une incision transversale unissant les extrémités des incisions longitudinales achève de le libérer. Un quart de la muqueuse vient d'être supprimé.

La même manœuvre pratiquée sur chacune des trois zones restantes complète son ablation et l'intervention se continue comme précédemment.

Un certain nombre de malades, observation I, III, XII, XIV, très gênées par des prolapsus incomplets, ont pu, grâce à cette modification de technique, bénéficier de colpectomie totale.

L'acte opératoire n'a pas été sensiblement allongé et la dissection des lambeaux a toujours été facile.

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION DE MULLER ET OBSERVATIONS

En 1896, le Pr Muller, de Berne, communique son procédé en Allemagne, à une réunion de la Deutsche Nortenforsch, Gesellschaft.

Les premiers documents parus en France sur la question datent de 1899. Worms, dans la *Revue de Gynécologie* de Pozzi, publie les résultats de 13 colpectomies pratiquées par Muller.

En 1902, de Fellebenrg relate une opération exécutée par Muller lui-même sur une femme présentant une colpecèle complète, compliquée d'inversion utérine. La même année paraît la thèse de Biehly, élève de Muller ; elle comprend 25 observations dont plusieurs, du reste, avaient été déjà publiées par Wormser ; mais elle nous renseigne sur l'état des malades opérées entre janvier 1896 et août 1901 :

L'une est morte de péritonite généralisée sans rapport avec l'opération ;

4 n'ont pas été retrouvées ; 20 sont définitivement guéries.

En 1903, Mlle Vera Krukowa, élève du Pr Jentzer, consacre sa thèse à l'opération de Muller et décrit sa technique.

Mais alors que les observations se multiplient à l'étranger il faut attendre en France, jusqu'à 1906 : à cette date, Savariaud communique deux résultats éloignés très satisfaisants : l'un de 6 mois, l'autre de 3 mois. Il ajoute.

« En France, personne n'a pratiqué à ma connaissance cette opération séduisante ».

Au Congrès de gynécologie d'Alger (avril 1907), Delan-
glade, dans son rapport très documenté fait l'éloge du
procédé, mais ne paraît pas l'avoir pratiqué.

Vignard, dans la *Gazette médicale de Nantes*, publie
un travail sur la « colpectomie totale par le procédé de
Muller ». Il déclare avoir pratiqué 5 fois cette inter-
vention, relate quatre observations personnelles et ter-
mine ainsi :

« Aussi sommes-nous autorisés à conclure que
l'opération de Muller n'est pas seulement une opération
simple, bénigne, mais que son efficacité n'est pas dou-
teuse. Il y a, à cet égard, unanimité des chirurgiens,
encore, il est vrai, peu nombreux, qui ont adopté le
procédé de Muller ».

Gaston, dans sa thèse de Paris 1910, « l'opération de
Muller dans les grands prolapsus utérins », réunit
68 observations, empruntées presque toutes à l'étranger
et y ajoute un cas personnel du Dr Papin.

En 1919, Savariaud présente à la Société de Chirurgie
une malade chez qui, il a pratiqué avec résultat
immédiat excellent, une copectomie combinée à la péri-
néorraphie.

Delivet en 1920, consacre une thèse importante à la

colpectomie totale. Il semble préférer à l'opération de Muller la colpectomie combinée à l'hystérectomie vaginale, procédé de Fritsch, de Martin ; à l'hystérectomie et à la périnéorrhaphie, Pozzi, Chaput, Desmarests.

Enfin Dujarier et Larget, dans le *Journal de Chirurgie* de mars 1925, publient la technique que nous avons reproduite ci-dessus et ajoutent : « Nous avons opéré 15 cas en suivant cette technique. Notre mortalité est nulle, mais surtout le résultat éloigné a toujours été excellent. Au niveau du vagin cruenté, il se forme une bague fibreuse très solide, de hauteur variable et s'opposant à la récurrence. Nous avons revu nos malades, certaines plus de deux ans après l'intervention : les résultats s'étaient constamment maintenus : l'aspect est toujours le même : un canal fibreux solide a remplacé le vagin. Il ne se produit aucune saillie lorsqu'on fait pousser les malades ».

Observations personnelles

Obs. I (Dr Gaudin). — Madame S... 59 ans. Régée à 14 ans, mariée à 22 ans. A eu quatre enfants à la suite de grossesses normales. Ménopause à 50 ans : phlébite du membre inférieur gauche.

Il y a 5 ans apparition d'un prolapsus utérin dont la malade se fait opérer (Hystéropexie de Doléris).

Un mois après l'intervention, récurrence ; écoulements d'eau roussâtre et douleurs lombaires violentes obligeant la malade à s'aliter. Au début l'utérus rentre spontanément dans le décubitus dorsal ; puis il faut le rentrer à la main. La nuit, incontinence d'urine. Le jour mictions pénibles et douloureuses. Pas de constipation.

Examen : ventre gros, vergeturé et flasque. L'utérus sort à travers la vulve. Ulcérations sur les 2 lèvres du col. Seule la face antérieure du vagin accompagne l'utérus dans sa chute.

Opérée le 7 septembre 1925. Muller modifié sous rachianesthésie.

Suites immédiates : un hématome s'évacue spontanément le septième jour.

Suites éloignées : malade revue deux fois depuis son opération se déclare très satisfaite.

Obs. II (Dr Gaudin). — Madame D., 61 ans. Mariée à 25 ans. Trois enfants : le premier accouchement normal ; les deux autres difficiles ayant nécessité le forceps.

Après son dernier accouchement, apparition d'un léger prolapsus dont la malade ne tient pas compte. Au bout de cinq ans, le prolapsus augmentant de volume, elle se décide à consulter un médecin qui lui conseille une opération. Elle la diffère et continue de vaquer à ses occupations. Il y a deux ans, apparition de douleurs dans le bas-ventre ; pertes jaunâtres empesant le linge. Constipation, dysurie. D'autre part, le prolapsus avait augmenté considérablement de volume et la malade devait le rentrer à chaque instant. Ne pouvant plus marcher ni travailler sans être gênée, elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Examen : prolapsus total facilement réductible. La muqueuse vaginale est cutisée mais sans ulcérations.

Opérée le 5 novembre 1927. Colpectomie totale sous rachianesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : très satisfaisantes

Obs. III (Dr Gaudin). — Madame B., 60 ans. Mariée à 30 ans. Un seul enfant, mais après un accouchement très pénible au cours duquel s'est produite une large déchirure du périnée.

Il y a 4 ans, la malade s'aperçoit un jour qu'une masse de la grosseur d'un œuf apparaissait à la vulve. En même temps elle ressentait une lourdeur abdominale et des tiraillements dans le bas-ventre et dans les reins. Ces symptômes en augmentant d'intensité et des vomissements fréquents interdisent une alimentation solide. De plus le prolapsus pend entre les cuisses et la malade doit souvent le rentrer à la main.

Examen : prolapsus volumineux, facilement réductible en position couchée, avec procidence de la paroi antérieure du vagin.

Opérée le 17 avril 1926. Colpectomie sous-anesthésie locale.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : excellentes.

Obs. VI (Dr Gaudin). — Madame C., 61 ans. Mariée à 24 ans. Deux enfants après accouchements normaux.

S'est aperçue de son prolapsus il y a 8 ans, mais celui-ci la gênant peu a continué à travailler. Il y a 7 mois ayant été obligée de marcher beaucoup et de fournir d'assez grands efforts, elle sentit son prolapsus augmenter considérablement de volume, en même temps qu'apparaissaient des troubles urinaires, dysurie, incontinence nocturne d'urine. Entré le 8 mars à l'Hôtel-Dieu.

Examen : Prolapsus total ; l'utérus tombe entre les cuisses. Pas d'ulcérations du col ou de la muqueuse vaginale. Prolapsus assez facilement réductible, mais réapparaissant aussitôt dans la station debout, après une marche un peu prolongée.

Opérée le 11 mars 1924. Colpectomie totale sous rachianesthésie.

Suites immédiates : sans histoire.

Suites éloignées : la malade n'a pu être revue.

Obs. V (Dr Gaudin). — Madame G..., 70 ans. Trois enfants après accouchements pénibles. La malade habitant la campagne est obligée de se livrer à des travaux fatigants.

Début du prolapsus, il y a 10 ans : tiraillements dans le bas-ventre et apparition à la vulve du col utérin. Ce prolapsus va en s'augmentant peu à peu et gêne la malade dans la marche et dans le travail. L'usage des pessaires de grandeur sans cesse croissante n'a contribué qu'à irriter la muqueuse vaginale.

Examen : prolapsus total : col énorme, tuméfié et irrité. Abdomen adipeux, parois molles.

Opérée le 11 mars 1920. Colpectomie sous-anesthésie locale avec la solution de scurocaïne à 1/200.

Suites opératoires immédiates : simples.

Suites éloignées : la malade a été revue il y a 2 ans. Guérison complète.

Obs. VI (Dr Gaudin). — Madame V..., 67 ans. Six enfants à la suite de grossesses normales.

Début du prolapsus il y a 10 ans environ. La malade a néanmoins continué à travailler, jusqu'au jour où l'utérus prolabé entre les cuisses lui a interdit toute occupation. Pas de symptômes digestifs ou urinaires.

Examen : ventre gros, vergeturé et flasque retombant sur le pubis. Palpation des fosses iliaques légèrement douloureuse.

Prolapsus total ; la muqueuse vaginale qui recouvre la tumeur est sèche et rugueuse.

Opérée le 18 juillet 1925. Colpectomie totale sous-rachianesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade a été revue accidentellement il y a un an. Elle est complètement guérie.

Obs. VII (Dr Gaudin). — Madame P..., 62 ans. Deux enfants, après grossesses normales

Il y a un an, à la suite d'un violent effort, la malade remarque à la vulve une masse du volume d'un œuf, qui apparaît ensuite au moindre effort ou après une station debout un peu prolongée. Dysuries, envies fréquentes d'uriner. Nausées sans vomissements. Douleurs lombaires. Le prolapsus augmente de volume et l'utérus pend entre les cuisses.

Examen : procidence de la paroi antérieure du vagin avec élongation de la portion moyenne du col.

Opérée le 25 août 1924. Müller modifié sous rachianesthésie.

Suites immédiates : bonnes

Suites éloignées : la malade n'a pu être revue.

Obs. VIII (Dr Gaudin). — Madame R..., 58 ans. Quatre grossesses normales, mais 2 accouchements pénibles.

Il y a 10 ans après son dernier accouchement, la malade s'aperçut un jour en allant à la selle d'un prolapsus utérin très léger. Elle reste trois ans sans s'en inquiéter, quoique le prolapsus se soit accentué, puis consulte un médecin qui la décide à se faire opérer (Hysteropexie de Doléris). Huit mois après l'opération, récurrence. Douleurs abdominales, pertes jaunâtres et fétides, empesant le linge. Constipation assez fréquente, mictions parfois douloureuses.

Revoit un médecin qui lui conseille d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Examen : ventre mou et adipeux. Hors de la vulve, apparaît un prolapsus volumineux et total. Déplissement du vagin qui conserve encore son aspect lisse et ses plis transversaux. Pas d'ulcérations.

Opérée le 16 avril 1926. Colpectomie totale sous-anesthésie générale (Schleich).

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : très satisfaisantes.

Obs. IX (Dr Gaudin). — Madame T., 68 ans. Quatre enfants après accouchements laborieux, mais sans déchirure du périnée. Deux ans après le dernier accouchement la malade constate un prolapsus alors peu accentué. Le repos améliore la malade qui ne consulte pas et a depuis en se ménageant toujours conservé son prolapsus.

Il y a 2 ans, pertes rouges. Utérus fortement descendu avec perte de sérosité rousse très fétide. La malade se décide alors à se faire opérer.

Examen : col entre les jambes, en battant de cloche. Ulcération de la lèvre postérieure. Rien au toucher.

Opérée le 29 mai 1926. Colpectomie totale sous-anesthésie locale.

Suites immédiates : léger hématome qui s'évacue au 6^e jour.

Suites éloignées : la malade revue il y a six mois, est complètement guérie.

Obs. X (Dr Gaudin). — Madame R., 64 ans. Cinq enfants après accouchements normaux.

Début du prolapsus remonté à 20 ans, mais sans symptômes concomitants. Depuis trois ans seulement prolapsus total avec légers troubles gastro-intestinaux et urinaires. Depuis 2 mois le prolapsus que la malade rentrait facilement devient irréductible. Mictions douloureuses et rares. Constipation opiniâtre. Nausées et vomissements : la malade a beaucoup maigri. Apparition de pertes roussâtres et fétides.

Examen : prolapsus total avec ulcérations superficielles du col. La muqueuse vaginale est rugueuse et ulcérée.

Opérée le 7 juin 1925. Colpectomie totale sous rachianesthésie.

Suites immédiates ; normales.

Suites éloignées : excellentes.

Obs. XI (Dr Gaudin). — Madame S..., 68 ans. Six grossesses à terme. Deux fausses couches. Légère déchirure du périnée au premier accouchement.

Depuis six ans, l'utérus avait tendance à tomber et la malade éprouvait une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et des tiraillements dans les plis de l'aîne. Le soir : dysurie et difficultés à la défécation. Le prolapsus, en même temps, augmentait de volume et finit par pendre entre les cuisses.

Examen : Prolapsus total, se réduisant facilement sous l'influence du décubitus dorsal. Pas d'allongement hypertrophique du col.

Opérée le 4 décembre 1927. Colpectomie sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : sans histoire.

Suites éloignées : la malade revue dernièrement est complètement guérie.

Obs. XII (Dr Gaudin). — Madame F..., 60 ans. Quatre accouchements, le dernier très laborieux : enfant mort-né.

Début du prolapsus remontant à 15 ans environ. Depuis 8 ans, époque de la ménopause, le prolapsus a augmenté de volume. La malade éprouve une gêne de plus en plus marquée et se plaint de maux de reins violents. C'est en vain qu'elle a cherché un soulagement dans l'usage des pessaires.

Examen : on voit faisant hernie entre les lèvres, une tumeur de la grosseur d'un poing, d'un rouge violacé. Le prolapsus est total en avant et sur les côtés, surtout si l'on exerce une traction sur le col. Du côté rectal, il reste un cul-de-sac profond de quelques centimètres que l'on ne peut déplisser complètement.

Opérée le 5 juin 1924. Müller modifié sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade n'a pu être revue.

Obs. XIII (D^r Gaudin). — Madame D., 66 ans. Trois enfants à terme après grossesses normales. Ménopause à 50 ans.

La malade, bien réglée jusqu'à sa ménopause, a vu après celle-ci se former un prolapsus utérin qui s'est accompagné d'écoulement roussâtre, de douleurs lombaires et de troubles vésicaux et digestifs. Ce prolapsus gênant beaucoup la malade, elle se décide à se faire opérer il y a 8 mois. Une périnéorraphie pratiquée à ce moment ne donne qu'un résultat passager. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 17 novembre 1924.

Examen : prolapsus total volumineux avec rectocèle et cystocèle. Périnée très mauvais.

Opérée le 14 novembre. Colpectomie sous anesthésie locale.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : très satisfaisantes.

Obs. XIV (D^r Gaudin). — Madame B., 64 ans, sept enfants après grossesses et accouchements normaux. Ménopause à 50 ans, accompagnée d'une crise de rhumatisme.

Il y a 4 ans environ, apparition à la vulve du col utérin.

Pertes roussâtres. Douleurs dans les reins et les fosses iliaques, constipation opiniâtre. Envies fréquentes d'uriner. Le prolapsus augmente de volume et la malade doit fréquemment le rentrer à la main.

Examen : ventre adipeux, flasque et vergéturé. L'utérus pend hors du vagin, néanmoins le cul-de-sac postérieur du vagin est conservé et il est impossible de le déplisser.

Opérée le 12 novembre 1926. Müller modifié sous anesthésie locale.

Suites immédiates : petit hématome évacué le 8^e jour.

Suites éloignées : malade revue en 1928, complètement guérie.

Obs. XV (D^r Gaudin). — Madame R., 69 ans. Six enfants dont le premier après accouchement pénible (forceps). Il y a une dizaine d'années, s'est aperçue, en allant à la selle

qu'une masse de la grosseur d'un œuf apparaissait à la vulve. Ne s'en est pas préoccupée et a continué à travailler. Depuis trois ans, douleurs lombaires, dysurie. Nausées, perte de l'appétit, amaigrissement. Le prolapsus de la grosseur du poing doit être rentré à la main.

Examen : prolapsus total avec allongement hypertrophique du col.

Opérée le 12 février 1927. Colpectomie totale sous anesthésie générale (Schleich).

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : malade revue l'an passé complètement guérie.

Obs. XVI (D^r Gaudin). — Madame L... 67 ans. Trois enfants après accouchements normaux.

Il y a 5 ans, la malade fait une chute à la suite de laquelle elle s'aperçoit qu'une tumeur de la grosseur d'un petit œuf apparaît à la vulve au moment des efforts. Consulte un médecin qui lui conseille de se faire opérer. Une hystéropexie de Doléris est pratiquée à l'Hôtel-Dieu en janvier 1925. Récidive 7 mois après : pertes jaunâtres, douleurs dans les fosses iliaques et dans l'abdomen. Cependant la malade ne se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu que le 3 mars 1927.

Examen : ventre très gros et adipeux. Prolapsus total : l'utérus fait saillie hors de la vulve lorsqu'on fait pousser la malade.

Opérée le 6 mars 1927. Colpectomie totale sous-rachianesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade n'a pas encore été revue.

Obs. XVII (D^r Gaudin). — Mademoiselle J... 58 ans. Réglée à 15 ans. Ménopause à 48 ans.

Depuis huit mois possède un prolapsus utérin total dont le début remonte à trois ans environ. A ce moment la ma-

lade mit un pessaire qu'elle dut retirer peu de temps après, car il causait de l'irritation vaginale. Amenée à consulter pour incontinence nocturne d'urine et troubles intestinaux : constipation opiniâtre.

Examen : ventre ptosique et flasque. Prolapsus total avec procidence complète du vagin. Allongement hypertrophique du col. Prolapsus facilement réductible.

Opérée le 9 septembre 1924 sous-rachianesthésie. Colpectomie totale.

Suites immédiates, sans histoire.

Suites éloignées : très satisfaisantes (malade revue en 1926).

Obs. XVIII (Dr Gaudin). — Madame A... 70 ans. Six enfants après accouchements normaux,

Prolapsus depuis une quinzaine d'années. Opérée il y a 5 ans (périnéorraphie), mais le prolapsus a récidivé 9 mois après l'opération.

Examen : vulve énorme. Cystocèle. La paroi vaginale du col mesure 5 centimètres. Le col n'arrive qu'à la vulve dans la station couchée mais prolabé entre les cuisses dans la station debout

Opérée le 4 juillet 1928. Colpectomie totale sous-rachianesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade a été revue il y a 3 mois ; elle est complètement guérie.

Obs. XIX (Dr Gaudin). — Madame G... 58 ans. Mariée à 25 ans, a eu 7 enfants. Le prolapsus est apparu après le dernier accouchement. Prolapsus sub-total ; muqueuse épaissie, kératinisée, ulcérée. Pas d'allongement hypertrophique du col. Irréductibilité. Vessie entraînée dans le prolapsus. Pas de gêne marquée dans la miction ni la défécation. Etat général médiocre ; gêne dans la marche.

Opérée le 20 septembre 1927. Colpectomie totale sous-anesthésie générale (Schleich).

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade n'a pas été revue.

Obs. XX (Dr Gaudin). — Madame C., 66 ans. Quatre enfants. Depuis la naissance de son dernier enfant, il y a trente-deux ans, elle a un prolapsus utérin. Un pessaire porté quelque temps l'a blessée. C'est pour cela qu'elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Examen : Prolapsus utérin total. Col hypertrophié et ulcéré. Au spéculum, on trouve quelques petites ulcérations peu étendues dans le cul-de-sac postérieur et surtout dans le cul-de-sac latéral gauche.

Opérée le 17 juin 1925. Colpectomie totale sous rachianesthésie.

Suites immédiates : petit hématome qui s'évacue spontanément le 6^e jour.

Suites éloignées : excellentes.

Obs. XXI (Dr Gaudin). — Madame G., 62 ans. Cinq enfants après accouchements normaux.

Le prolapsus remonte à 8 ans environ, mais les phénomènes vésicaux et digestifs ne se manifestent que depuis deux ou trois mois. Ce sont eux qui amènent la malade à l'Hôtel-Dieu.

Examen : chute complète de l'utérus qui pend entre les cuisses de la malade dès que celle-ci se met debout. L'organe, d'ailleurs, est sain, plutôt petit et indolent ainsi que les annexes. A noter seulement une ulcération du museau de tanche produite par les frottements continuels. La muqueuse du vagin est cutinisée.

Opérée le 22 juin 1925. Colpectomie totale sous rachianesthésie.

Suites immédiates : normales

Suites éloignées : la malade revue en 1928 se déclare très satisfaite.

Obs. XXII (Dr Gaudin). — Madame V... 64 ans. Présentait depuis 20 ans un prolapsus qui va en s'augmentant. Prolapsus total, avec gêne dans l'émission des urines, douleurs lombaires, sensation de pesanteur locale. Prolapsus réductible, mais dès qu'il est réduit la malade est prise de coliques violentes avec sensation de nausées, qui disparaissent quand l'utérus se prolabe à nouveau.

Opérée le 22 mars 1926. Colpectomie totale sous rachianesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : excellentes.

Obs. XXIII (Dr Gaudin). — Religieuse X... 59 ans. Prolapsus total remontant à une vingtaine d'années.

A 41 ans hystéropexie pour prolapsus vaginal.

A 42 ans récurrence, seconde opération : colpopérinéorraphie et hystérectomie vaginale. Huit mois après récurrence.

Troisième opération : colpectomie totale sous rachianesthésie

Suites immédiates : simples.

Suites éloignées : malade revue trois ans après : guérison définitive.

Obs. XXIV (Dr Gaudin). — Madame R... 90 ans. La malade se présente avec un volumineux prolapsus génital total. Col sanieux, écoulement assez abondant. Pas de troubles urinaires ni digestifs. Bon état général.

Colpectomie totale après anesthésie locale.

Suites opératoires immédiates : normales.

Suites éloignées : guérison définitive. La malade meurt à 93 ans d'une affection pulmonaire.

Obs. XXV (Dr Gaudin). — Religieuse Z... 65 ans. La malade présente un prolapsus total vaginal et rectal depuis une dizaine d'années.

Première opération en août 1922. Hystéropexie de Doléris. En septembre 1923 récurrence complète.

On pratique alors une colpectomie totale sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : six mois après l'intervention le prolapsus utérin est complètement guéri. Un décollement présacré à la Lochart-Mummery guérit définitivement le prolapsus rectal.

La malade a été revue à différentes reprises après la dernière intervention. Aucune tendance à la récurrence ne s'est manifesté.

Obs. XXVI (Dr Gaudin). — Madame D... 65 ans. Six enfants. Déchirure du périnée au 4^e accouchement. Un an après le dernier accouchement, apparition du prolapsus qui atteint rapidement la grosseur d'un poing et s'accompagne de troubles vésicaux.

Opérée en juin 1919 Colpectomie au cours de laquelle le chirurgien laisse une languette de muqueuse postérieure pour permettre l'écoulement des sécrétions utérines. En avril 1920 : récurrence.

On pratique alors une colpectomie totale sous rachi-anesthésie

Suites immédiates : normales

Suites éloignées : La malade revue de nombreuses fois est complètement guérie.

Obs XXVII (Dr Gaudin). — Religieuse Y ... 38 ans. Prolapsus vaginal. En septembre 1923, la malade subit une hystérectomie abdominale suivie de fixation du moignon à la paroi. En juin 1924 récurrence.

Opérée en juillet 1924 : colpectomie totale sous anesthésie générale (Schleich).

Suites immédiates : simples.

Suites éloignées : la malade revue en 1926 est complètement guérie.

Obs. XXVIII (Dr Gaudin). — Madame P... 60 ans. Deux enfants. Au premier accouchement déchirure large du périnée.

Il y a 10 ans, apparition d'un prolapsus utérin accompagné de douleurs lombaires et de troubles vésicaux. Ce prolapsus opéré en 1919 (hystéropexie de Doléris) a récidivé un an après, avec accentuation de la chute des parois vaginales.

Examen : vagin retourné en doigt de gant : le col et les parois attenantes du vagin sont le siège d'ulcères assez étendues. Prolapsus facilement réductible. Pas de troubles urinaires.

Opérée le 23 septembre 1927 sous rachi-anesthésie. Colpectomie totale.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : excellentes.

Obs. XXIX (Dr Gaudin). — Madame C... 59 ans. Quatre enfants après accouchements normaux.

Début du prolapsus il y a 2 ans. Pesanteur dans le bassin. Tiraillement dans les aines. Pollakiurie, mais pas de mictions douloureuses. Pas de troubles dyspeptiques, mais troubles nerveux : tristesse, irritabilité. Gêne considérable de la marche du fait que ce prolapsus est incoercible.

Examen : Sortant des lèvres on aperçoit une grosse tumeur du volume du poing, molle et réductible, s'accroissant par la toux et l'effort. Tumeur à plis transversaux : parois kératinisées.

Opérée le 26 février 1923. Colpectomie sous anesthésie générale (Schleich).

Suites immédiates : normales,

Suites éloignées : la malade n'a pu être revue.

Obs. XXX (Dr Gaudin). — Madame V... 62 ans. 4 grossesses à terme après accouchements normaux

Début du prolapsus il y a 3 ans, par douleur dans le bas-ventre. Peu après, issue par la vulve d'une masse constituée par l'utérus et qui augmente peu à peu de volume. Pertes rouges et pertes blanches. Mictions fréquentes, mais pas de troubles digestifs.

Examen : prolapsus total avec rectocèle et cystocèle.

Opérée le 15 juillet 1921. Colpectomie sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : malade non revue.

Obs. XXXI (Dr Gaudin). — Madame E. R..., 68 ans. Sept accouchements normaux.

Prolapsus sorti depuis 8 ans. Douleurs lombo-sacrées irradiant vers les cuisses, intermittentes, augmentées par la station debout et les efforts. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Gêne considérable de la marche. Pas de troubles digestifs ni urinaires.

Opérée le 30 juin 1921. Colpectomie totale sous rachi-anesthésie.

Suites immédiates : le huitième jour après l'opération, évacuation spontanée d'un gros hématome. La Θ qui s'était élevée à 38°2 redevient normale puis tout rentre dans l'ordre.

Suites éloignées : la malade revue en 1922 à l'occasion d'une fracture de jambe est complètement guérie.

Obs. XXXII (Dr Gaudin). — Madame R... 65 ans. Prolapsus depuis 10 ans qui va en s'augmentant et en gênant de plus en plus la malade dans la marche et dans ses occupations. Les

troubles urinaires et dyspeptiques du début se sont amendés, mais la malade vient consulter parce qu'elle a des pertes roussâtres et fétides et qu'elle est en proie à une constipation opiniâtre.

Examen : prolapsus utérin avec larges ulcérations de la muqueuse vaginale et ulcération légère du col utérin. Tumeur facilement réductible, mais se reproduisant dès que la malade se lève ou fait effort.

Opérée le 15 janvier 1928. Colpectomie sous rachi-anesthésie. Au cours de l'opération, écoulement de matières fécales.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade n'a pas été revue.

Obs. **XXXIII** (Dr Gaudin). — Madame G..., 51 ans. Prolapsus complet depuis 4 ans. Troubles de la miction, amaigrissement, troubles nerveux. La malade ne marche qu'avec peine et ne peut se livrer à aucun travail.

Antécédents : cinq enfants nés à terme après accouchements normaux.

Opérée le 10 juin 1923 sous rachi-anesthésie. Colpectomie totale.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : Malade revue il y a un an, complètement guérie. Les troubles fonctionnels ont disparu, elle a repris du poids et n'est plus triste et irritable comme auparavant.

Obs. **XXXIV** (Dr Lerat). — Madame L..., 62 ans. Prolapsus total remontant à 15 ans. La malade qui a eu deux enfants a été déchirée à son dernier accouchement. Depuis s'est constitué peu à peu le prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle.

Examen : Quand la malade pousse on voit sortir le col utérin qui n'est pas hypertrophié et la vessie et le rectum.

Opérée le 15 juin 1928. Colpectomie sous anesthésie générale.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade n'a pas été revue.

Obs. XXXV (Dr Gaudin). — Madame L., 59 ans. Un enfant mais après accouchement très pénible, ayant nécessité l'application du forceps et ayant été suivi d'une large déchirure du périnée. Apparition du prolapsus depuis 2 ans environ. Elle consulte un médecin qui lui conseille de se faire opérer, mais elle diffère l'intervention. Le prolapsus augmente, rendant la marche très pénible. Depuis 3 semaines environ, la tumeur qui atteint le volume d'une grosse poire est irréductible. La constipation s'installe de façon opiniâtre avec fausses envies d'aller à la selle. La malade peut marcher encore pendant 15 jours, mais depuis 8 jours elle est obligée de garder le lit.

Examen : Entre les grandes lèvres, on voit saillir un utérus du volume d'une très grosse poire. Ventre mou, étalé et très adipeux.

Opérée : le 1^{er} mai 1924. Colpectomie sous anesthésie générale au Schleich.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade revue en 1926 est complètement guérie

Obs. XXXVI (Dr Lerat). — Madame J., 76 ans. 2 enfants. Déchirure incomplète du périnée au premier accouchement. Ménopause à 50 ans.

Opérée le 3 novembre 1927, sous anesthésie générale au Schleich.

Suites immédiates : normales, pas d'écoulement.

Suites éloignées : la malade revue en janvier 1929 se déclare très satisfaite du résultat.

Obs. XXXVII (D^{rs} E. Bureau et H. Lerat). — Madame L., 70 ans. Prolapsus total avec col ulcéré et suintant.

Opérée le 16 juillet 1923 sous anesthésie générale au chloroforme.

Suites opératoires immédiates : au 16^e jour, ascension de température à 39°,5. La température se maintient aux environs de 39°, pendant 3 jours sans phénomènes douloureux. Au bout de 3 jours, évacuation spontanée d'un volumineux hématome suppuré. Tout rentre dans l'ordre en quelques jours et la malade peut se lever dans les délais normaux.

Suites éloignées : la malade a été revue en janvier 1929. Le bon résultat se maintient.

Obs. XXXVIII (D^r Lerat). — Madame H., 60 ans, 6 enfants. Déchirure périnéale presque complète. Polapsus ulcéré total depuis 10 ans, ulcérations suintantes du col.

Opérée : en mars 1914. Sous anesthésie au chloroforme ; aucun incident opératoire.

Suites immédiates : pas de suintement.

Au 10^e jour, point de côté violent, crachats hémoptoïques, embolies pulmonaires, révulsion et morphine : guérison.

Suites éloignées : malade revue 5 ans après l'opération, résultat excellent.

Obs. XXXIX (D^r Lerat). — Madame L., 62 ans. Prolapsus total avec ulcération du col.

Opérée : en juillet 1918.

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : malade non revue.

Obs. XL (D^r Lerat). — Madame P., 48 ans, 3 enfants. Ménopause à 45 ans. Déchirure presque complète au premier accouchement, pas de sutures. Prolapsus total survenu en 5 à 6 ans. Col ulcéré et suintant.

Opérée en juillet 1926, sous anesthésie au chloroforme.

Résultats immédiats très satisfaisants.

Résultats éloignés : malade non revue.

Obs. XLI (D^r Lerat). — Madame G. de P., 65 ans. La malade n'a pas eu d'enfants mais elle a accompli, toute sa vie, à la campagne, des travaux pénibles. Prolapsus total depuis 4 ans, col ulcéré et suintant, opérée en mai 1927 sous anesthésie au Schleich.

Suites opératoires immédiates : parfaites, aucun suintement.

Résultats éloignés : excellents. La malade revue en janvier 1928 se déclare très satisfaite du résultat.

Obs. XLII (D^r Lerat). — Madame R. C..., 63 ans, opérée à 58 ans d'un néo au sein.

Prolapsus total qui s'est constitué en 5 à 6 ans. Le col est suintant et ulcéré au point que le médecin consulté avait posé le diagnostic de cancer du col et avait préconisé des applications de radium.

Opérée en novembre 1928.

Anesthésie locale par infiltration sous-muqueuse avec la solution de novocaïne à 1 p 200. L'œdème artificiel créé par l'infiltration, décolle, souffle la muqueuse et facilite grandement l'intervention.

Suites opératoires immédiates : au 10^e jour, évacuation d'un petit hématome sans élévation de température. Tout rentre dans l'ordre et la malade sort de la clinique le 18^e jour avec un résultat excellent.

Obs. XLIII (D^r Lerat). — Madame D., 72 ans. La malade, à l'âge de 62 ans a été opérée, il y a 10 ans pour un prolapsus utérin. Un chirurgien a pratiqué une ligamentopexie de Doléris sans suture complémentaire du périnée. Après quel-

ques années, la récurrence est apparue et lorsque la malade se présente à l'examen on constate un prolapsus presque complet avec un col légèrement ulcéré.

Opérée en décembre 1928. En raison du cul-de-sac qui persiste la colpectomie n'est pas totale, parce que l'incision circulaire n'atteint pas ses limites habituelles. De ce fait l'intervention est plus laborieuse. Cependant :

Suites immédiates : normales.

Suites éloignées : la malade revue, se déclare très satisfaite du résultat obtenu.

Résumé des observations

En résumé, sur les 43 opérations pratiquées :

12 l'ont été sous anesthésie générale ;

23 sous anesthésie rachidienne ;

8 sous-anesthésie locale ;

11 sont consécutives à des récurrences :

1 après hystérectomie abdominale, obs. XXVII.

6 après ligamentopexie de Doléris, obs. I, VII, XVI, XXV, XXVIII, XLIII.

2 après colpo-périnéorraphie, obs. XIII, XVIII.

1 malade a subi successivement et sans résultat, une ligamentopexie de Doléris, une périnéorraphie et une hystérectomie vaginale.

1 malade ayant subi une colpectomie sub-totale, n'a été guérie définitivement qu'après l'ablation totale de la muqueuse.

4 interventions ont été pratiquées suivant la technique de Muller modifiée ;

6 fois, un hématome a été observé dans les suites opératoires : obs, I, IX, XX, XXI, XXVII, XLII ;

1 embolie pulmonaire, suivie de guérison, s'est déclarée. Obs. XXVIII ;

9 malades n'ont pas été revues.

INDICATION DE LA COLPECTOMIE TOTALE

L'opération de Muller a pour but essentiel de remédier à la chute des parois vaginales, à ce que Tuffier appelle l'inversion vaginale. Celle-ci s'observe dans deux cas principaux :

1° A la suite d'une hystérectomie, le vagin s'est déroulé, entraîné dans sa chute par les viscères pelviens à qui il constitue une sorte de sac herniaire.

C'est un cas, à la vérité, un peu particulier dont Tuffier a rapporté plusieurs observations à la Société de Chirurgie en 1910. D'après lui, cette affection a toujours succédé à une hystérectomie vaginale. Cependant, dans sa thèse, Gaston nous signale deux cas dans lesquels elle est consécutive à une hystérectomie et nous retrouvons dans nos observations que 1 fois elle a suivi une hystérectomie abdominale totale, obs. XXVII pratiquée pour dégénérescence cancéreuse du col.

2° Mais c'est dans les prolapsus génitaux des vieilles femmes que la colpectomie totale, simple, rencontre son indication primordiale. Nous avons vu qu'il n'était pas nécessaire que le prolapsus fût complet et que la persistance à sa base d'un cul-de-sac plus ou moins profond n'était pas un obstacle à l'intervention.

Seuls, les prolapsus du 1^{er} degré, dans lesquels, l'utérus est seulement abaissé paraissent susceptibles d'être pratiquement améliorés par des moyens médicaux et ne semblent pas justiciables de la colpectomie.

3° La lecture de nos observations nous montre que 10 fois elle a été exécutée sur des malades, chez qui des interventions précédentes avaient échoué. Les unes avaient subi une ligamentopexie par le procédé de Doléris. Obs. I, VIII, XVI, XXVIII, XLIII.

Les autres une colpo-périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs. XIII, XVIII.

Un autre exemple plus suggestif encore concerne une malade chez qui le chirurgien précédent avait pratiqué une colpectomie incomplète. Une languette de muqueuse vaginale médiane avait été conservée : elle avait suffi à amorcer une zone de glissement et la récurrence n'avait pas tardé à apparaître. Obs. XXVI.

4° Elle trouve aussi son indication dans ces cas de prolapsus vaginaux, rebelles, obs. XXIII, XXV, XXVII, où les malades ont subi sans succès les tentatives les plus diverses, y compris l'hystérectomie.

5° Enfin l'observation XXV nous apprend que dans un prolapsus total, vaginal et rectal, la seule colpectomie avait considérablement amélioré le prolapsus rectal lui-même. Il a suffi d'une petite retouche ultérieure, décollement pré-sacré à la Lockart-Munnery, pour obtenir la guérison complète.

Contre-indications opératoires

Il est bien certain qu'on ne sera autorisé à pratiquer la colpectomie que si la ménopause est accomplie. Dans les cas exceptionnels où des indications très nettes se poseraient avant cette date, on devrait la modifier dans le sens où Stocker et Muller lui-même l'ont fait.

Une seconde condition indispensable c'est la renonciation de la femme au coït et peut-être le chirurgien sera-t-il prudent de ne pas se décider à agir avant d'avoir instruit le mari des conséquences exactes de son intervention.

Savariaud fait bien remarquer que chez deux opérées le vagin avait à sa grande surprise récupéré sa longueur primitive au point d'admettre l'introduction d'un spéculum, et Vignard que chez une de ses malades la persistance du cul-de-sac permettait une certaine pénétration. Nous devons, malgré tout, considérer ces faits comme exceptionnels et conclure comme ce dernier avec philosophie : « quelques vieilles femmes tiennent
« encore à conserver des relations sexuelles pour des
« motifs qu'il nous paraît inutile d'approfondir. Pour
« celles-là, nous n'insisterons pas ; en tout cas il est
« permis de faire remarquer que le vagin élargi et trop
« spacieux des vieilles femmes à prolapsus rend le
« coït bien illusoire sans compter qu'il est le plus souvent empêché par un énorme pessaire à demeure.
« Aussi pour la plupart des vieux sujets auxquels nous
« nous adressons, on peut affirmer que la renonciation
« au coït est d'ores et déjà acquise ».

L'état général et dans une certaine mesure l'état local des malades qui sont venues à la consultation demander un remède à leur infirmité n'ont en aucun cas fait différer la décision opératoire :

L'une d'elles était âgée de 90 ans ;

Plusieurs se sont présentées avec un cœur arythmique quelquefois franchement déficient.

Un léger écoulement métritique, des ulcérations septiques plus ou moins étendues ne sont pas un obstacle à l'opération. Tout au plus s'est-il produit, dans ces cas, une légère élévation de température qui a rapidement cédé à l'évacuation d'un hématome, et comme nous l'avons fait remarquer, cet incident n'a jamais compromis le résultat final.

Reproches et objections faites à l'opération de Muller

Le seul reproche sérieux dont soit passible l'opération de Muller est le suivant :

« L'utérus enfoui sous une colonne cicatricielle reste
« sans communication avec l'extérieur ; il peut dégéné-
« rer ou être le siège d'hydrométrie. »

L'objection est grave en ce qui concerne la dégénérescence néoplasique du corps utérin. Il est certain que dans ce cas, aucun écoulement symptomatique ne nous annoncera précocement l'apparition de cette complication redoutable. A cela, nous ne pouvons répondre que par des faits : nous constatons que jamais cette éventualité ne s'est présentée jusqu'ici, chez nos opérées et nous n'en avons retrouvé aucune publication dans la littérature médicale.

Beaucoup moins légitime est la crainte de voir se déclarer dans la suite une accumulation de sérosité ou de feu dans l'utérus. Là encore, le fait n'a pas été signalé et il était facile de le prévoir : après la ménopause, l'utérus s'atrophie et la plupart des sécrétions muco-purulentes proviennent de la muqueuse cervicale, ulcérée et infectée par le prolapsus. Celle-ci, supprimée, toute sécrétion se tarit au niveau de l'utérus. Peut-être aussi, l'amputation du col a-t-elle favorisé cette atrophie.

LA COLPECTOMIE SIMPLE, TOTALE, EST-ELLE SUFFISANTE ? EST-IL NÉCESSAIRE QU'ELLE SOIT TOTALE ?

La lecture des observations qui précèdent nous montre donc que l'opération de Muller est une opération simple.

— Qu'elle nécessite un minimum de soins pré-opératoires.

— Qu'elle comporte un acte chirurgical rapide et peu dangereux.

— Que ses suites immédiates se font sans complication et que la mortalité en est nulle.

— Que ses résultats tardifs sont excellents puisque la récurrence y est inconnue.

Elle est cependant relativement peu pratiquée en France. Les uns lui préfèrent l'opération de Le Fort élargie. Les autres préfèrent l'associer soit à l'hystérectomie vaginale, soit à l'hystérectomie combinée à la périnéorraphie et à la myorraphie des releveurs.

1° Dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie* de 1927 Brœcq et Nora se font les défenseurs du cloisonnement large du vagin, ou opération de Le Fort élargie.

Ils reprochent à la colpectomie totale d'être choquante

en raison de l'hémorragie qu'entraîne la dissection de la muqueuse au niveau des culs-de-sac. En aucun cas, les petites hémorragies qui se sont produites au cours de cette dissection n'ont été assez importantes pour provoquer un « shock » et nous avons vu que les conséquences d'une hémostase imparfaite étaient sans gravité.

Ils estiment hasardeux d'enfouir dans les tissus un utérus métritique à col ulcéré; il semble bien que cette objection soit surtout théorique et les faits ne paraissent pas avoir justifié cette crainte.

Seule l'éventualité d'une dégénérescence maligne de l'utérus, qui n'a pas encore été signalée, mais qui peut évidemment se produire, milite en faveur du cloisonnement élargi.

Mais cette considération suffit-elle à contre-balancer les grands avantages que possèdent la colpectomie totale de Müller sur la colpectomie sub-totale de Le Fort.

— Le cloisonnement, élargi, comporte en effet, un acte chirurgical notablement plus important :

1° Un curettage utérin ;

2° Un avivement des muqueuses, délicat et minutieux puisque les avivements antérieurs et postérieurs doivent être de dimensions rigoureusement égales sous peine de non-coaptation des surfaces cruentées.

3° Une périnéoplastie dans le but de « rétrécir la « vulve, d'en reporter l'orifice en avant et de rétablir la « direction normale de l'axe du vagin, qui est perpendiculaire à l'axe du canal anal »,

D'autre part, les indications en paraissent plus restreintes :

« Les prolapsus qui se prêtent le mieux au cloisonnement large sont ceux où l'utérus est chassé à l'extérieur au moindre effort et où les parois vaginales se déroulent et s'éversent complètement sous l'influence d'une faible traction du museau de tanche ».

Nous avons vu que ces conditions n'étaient pas nécessaires au succès de la colpectomie totale et que la modification de technique que nous avons décrite permettait d'étendre ses indications aux prolapsus incomplets.

« Il est de toute nécessité, écrivent Brocq et Nora de soumettre la malade à une préparation assez longue au lit » — ce qui n'est peut-être pas sans importance chez une femme âgée dont les bases se congestionnent facilement.

« L'opération, en effet, ne peut être bénigne et suivie de succès, ajoutent-ils, que pratiquée sur des tissus sains où toute trace d'infection a disparu. »

Or presque toutes nos malades présentaient des écoulements métritiques et des ulcérations du col ; il est vraisemblable que pour certaines d'entre elles nous n'aurions obtenu qu'avec des soins prolongés et minutieux cette « désinfection totale » que l'ablation totale de la muqueuse nous a permis de négliger.

Dans l'observation XLII, nous voyons même que le col était à ce point ulcéré, qu'un médecin consulté, croyant à un cancer du col avait préconisé des applications de radium.

En résumé, opération plus longue et plus complexe, préparation plus importante, nécessité d'une désinfection totale des tissus, voilà 3 arguments qui en dehors de toute autre considération nous ont fait donner la préférence à la colpectomie totale. Peut-être aussi sommes-nous défavorablement impressionné par le souvenir de cette malade dont le cas est relaté dans l'observation XXVI, chez qui un rectangle étroit de muqueuse fut conservé en arrière, pour permettre l'écoulement des sécrétions utérines et qui dut subir une colpectomie totale pour remédier à une récurrence précocement apparue.

Enfin dans les conclusions de sa thèse, consacrée à la colpectomie totale, Delivèl écrit :

« Pour être d'une efficacité certaine, elle devra être associée :

a) A l'hystérectomie vaginale, qui supprime un organe plus ou moins pesant, désormais inutile, susceptible de devenir malade.

b) A la périnéorraphie.

Déjà en 1906, Savariaud, ayant fait une colpectomie suivant le procédé de Muller, avait remarqué que dans la suite, la vulve était béante et que la paroi vaginale bombait sous l'effort. Dans ses interventions ultérieures il compléta la colpectomie totale par une périnéorraphie.

Ce n'est sans doute pas sans raison que certains opérateurs se sont résignés à détruire la séduisante simplicité de la technique de Muller ou à faire courir à de vieilles femmes le risque d'une hystérectomie vaginale,

Pour notre part, les résultats tant anatomiques que fonctionnels, observés chez les malades que nous avons pu revoir, ne nous ont pas paru justifier ces complications et ne nous ont pas incité à penser qu'une opération plus complexe eût été nécessaire.

CONCLUSIONS

Supprimer la muqueuse vaginale dans sa totalité, et substituer au vagin une colonne cicatricielle destinée à soutenir l'utérus, telle est l'opération de Muller ; ce résultat est obtenu par la technique classique de Muller dans les prolapsus complets, par la technique de Muller, modifiée dans les prolapsus incomplets.

Ainsi comprise cette opération est :

a) *Simple* : Les soins pré et post-opératoires sont réduits au minimum, l'exécution en est rapide.

b) *Bénigne* : L'anesthésie régionale ou même locale suffisent.

Aucune complication n'est à craindre, ni dans les suites immédiates, ni dans les suites lointaines.

La mortalité est nulle.

c) *Sûre* : La récurrence y est inconnue.

d) *Suffisante* et nous ne croyons pas utile de la compliquer de temps opératoires complémentaires.

e) L'ablation de la totalité de la muqueuse est nécessaire et nous la préférons au cloisonnement élargi du vagin.

Dans tous les cas de prolapsus génitaux des vieilles femmes et dans les limites des indications que nous avons précisées, elle nous paraît le procédé de choix.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,

J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ARMENTROUT. — Operations in patient part menopause for uterus prolapse (*The Thour. Iowa Med. Soc.* octobre 1927, p. 361⁴).

AUTIFAYE. — Traitement chirurgical des grands prolapsus utérins (*Arch. Prév. de Chirurgie*, 1910, p. 574).

BARROWS. — The surgical treatment of prolapse of uterus (*N. York State Med. Journ.*, 1913, p. 32).

BIEHLY. — Die Kolpectomie als prolapsoperation (*Thèse de Berné*, 1902).

BONNAL. — Surgical treatment of uterus prolapse in aged (*Marseille Médical*, 1^{er} janvier 1927, p. 27).

BERNARD. — Surgical treatment of uterus prolapse (*Schweizer. Med. Woch.*, 9 avril 1927, p. 351).

BROCQ et NORA. — Choix de l'opération pour le traitement du prolapsus utérin vaginal complet chez les femmes âgées (*J. de Med. et de Chir. pratique*, 10 octobre 1927, p. 694).

BROSE. — Un cas de colpectomie sur prolapsus utérin (*Zeitsch. f. Gebruth. und Gyn.*, t XXXIX, p. 354).

BROSE. — Ueber exstimpatio vaginae (*Zeitsch. fur Geburth. and Gyn.*, 190, p. 228).

COHN. — Ueber die primarern und defiuterun resultats der prolaps-operation (*Zeitschr. f. Geburth. und Gynak.*, 1887-1888, p. 50).

COTTAM. — The surgical treatment of uterine prolapse (*J. Iowa State Med. Society*, 1913-1914, p. 547).

COTTE. — Colpectomie totale (*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1^{er} février 1923, in *Lyon Chirurgical*, t. XX, n° 4, juillet-août 1923).

CRAMER. — Beitrag zur Radikaloperative des prolapsus (*Arch. f. Gynakol*, 1913, p. 244).

CUMSTON. — The surgical treatment of prolapsus utéri, with spécial reference to the opération of colpectomy (*American Med.* vol. IX, 1905, p. 816).

DESMARETS. — La colpectomie totale dans le traitement des grands prolapsus génitaux (*American Journal of surgery*, n° 11, novembre 1920).

DIETRICH. — Le traitement des prolapsus utérins (*Klin. Woch.*, n° 10, 4 mars 1924).

DODERLEIN. — Zur technik der vaginalen total extirpation (*Centralbl. f. Gynakologie*, 1897, p. 74).

DUJARRIER et LARGET. — Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées. Op. de Muller (*J. de chirurgie*, t. XXV, n° 3, mars 1925, p. 283).

FALLENBERG. — Colpectomie pour prolapsus (*Beitrage zur Geburts. und Gynak.*, vol. VI, 1902, p. 3).

FENGER. — Total entirpation of the vagina for carcinoma (*Americ. Journ. of obset.*, N York, 1893, p. 215).

FERRIÈRE. — Des opérations contre le prolapsus utérin (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1881, p. 400).

FREUND. — Uebre moderne prolapsus pérationsen (*Centralbl. f. gynakol.*, n° 13, 1901, p. 441).

FRIEDL. — Zur Extirpation des Vaginal carcinoms (*Wiener Klin. Woch.*, 1895, p. 39).

FONKE. — Ueber die extirpation der Scheider and des uterus bei primaren vaginal carcinome (*Somm. Klin. Woch. Leipzig*, 1898, p. 1327).

GASTON. — L'opération de Muller dans les grands prolapsus utérins (*Thèse de Paris*, mars 1910).

GEBPKE. — Beitrag zur opérationen Behandlung des Ge-

burmutter von falls (*Cor. Bl. f. schweiz. aertz.*, 1892, p. 2514).

GIEL. — Opération pour prolapsus utérin (*The Médical Journal of australia*, n° 2, 12 janvier 1924).

HEBENSTREIT. — Die totalextirpation der Vagina bei primären carcinoma (*Thèse de Strasbourg*, 1900).

HERBST. — Historisch Kritische Darstellung der operationen des prolapsus utérin (*Thèse de Halle*, 1884).

VON HOLST. — Zur operationen Behandlung der Prolapsus des Uterins (*Munchener Med. Woch.*, 1912, p. 131).

VON HOLST. — Sur le traitement opératoire du prolapsus utérin (*Zentralbl. f. Gynak*, n° 5, 3 février 1912).

VON HOLST. — Surgical treatement of uterus prolapse (*Zentralbl. fur gynak.*, 16 juillet 1927, p. 1843).

JACOB. — Primäre scheidenkrubs und seine operative Behandlung (*Zentralbl. f. Gynakol.*, 1907, p. 409).

JAEGGY. — Die Kolpektomie nach peter Muller (*Gynack. Rundschau*, 1907, t. I, p. 827).

JOSCHKE. — Zur prolapsbehandlung (*Zentralbl. f. Gynakol.*, 1911, p. 1999).

KAUFFMANN. — Vaginal carcinome Radical opération (*Zeitsch. f. geburth. and Gynak.*, 1903, p. 140).

KOENIG. — P. Mullers méthode of colpectomy for uterine prolaps (*The Journ. of Obst. and Gyna. of the Brit Empire*, septembre 1903, p. 295).

KRONIG. — Bemerkruken zur Prolapsoperationen (*Arch. fur Gynakol.*, t. LXCXII, Fs. I, 1910).

KRUKOWER. — La colpectomie dans le prolapsus (*Thèse de Genève*, 1903).

LANDFRIED. — Uber opérative Behandlung des prolapsus utérine et vaginale (*Thèse d'Heidelberg*, 1891).

MAMOURIAN. — The radical cure of prodiintin utérus in elderly women (*Brit. Méd. journ.*, 1914, p. 367).

MARTIN. — Ueber prolapsopérations (*Zeitsch. for Geburth. and Gynak.*, 1886, p. 443).

MARTIN. — Über entropation vaginal *Berliner Klin. Woch.*, n° 40, 1898, p. 877).

MERMANN. — Indication und technik der gegen den prolapsus gerichteten operationen (*Deut. Méd. Woch.*, 1880, p. 405).

MULLER. — Ueber operative Behandlung des prolapsus utérin (*Arch. f. Gynak.*, 1879, p. 260).

MULLER. — Demonstration einer neuen Prolapsus operation (*Corresp. blatt. f. schweiz. aerzte*, 1903, p. 663)

NORRIS. — Surgical treatment of complete prolapse of the rectum (*Penn. Med. Journ.*, Alhens, 1912-13, p. 300).

OLSEN. — Sur le traitement du prolapsus utérin (*Ugeskrift for Laeger Copenhagen*, n° 19, 13 mars 1924).

OLSHAUSER. — Ueber exstirpation der Vagina (*Centralbl. für Gynakologie*, 1895, p. 1).

PONKRATZ. — Prolapsus operationen und ihre résultats (*Thèse de Munich*, 1912).

PEITMANN. — Zur technik des Radikaloperation des primären scheidenkrulser (*Monat. für Gebuurt. und Gynak.*, 1911, p. 56).

PELAUZ. — Prolapsus operationen (*Zentralbl. f. Gynakol.*, n° 14, 1899).

PANLACION. — Various opérations in uterus prolapsé (*Mé-dica Ibera*, 18 septembre 1926, p. 209).

ROBINS. — Treatment of uterus prolapse in elderly women (*Virginia Med. Monthly Richmond*, avril 1928, p. 1).

SAVARIAUD. — Colpectomie faite pour prolapsus utérin (*Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris*, 1906, p. 118).

SCHARPINACK. — Zur statistick der prolapratiorem (*Zentralbl. f. Gynakol.*, 1907, p. 1073).

STOCHER. — Schneidenesstirpation bei prolapsus (*Centralbl. f. Gynak.*, n° 36, 1900, p. 1127).

THOMSON. — Zur estirpation der vagin (*Centralbl. für gynakol.*, 1895, p. 60).

TRUZZI. — Estirpazione della vagina et dell'utero (*Ann. di obst.*, Milan, 1899, p. 157).

VIGNOARD. — Une opération bénigne et efficace contre le prolapsus total des vieilles femmes. La colpectomie d'après le procédé de Muller (*Gazette Médicale de Nantes*, 1908, p. 481).

VINEBERG. — Les résultats éloignés des différents procédés opératoires appliqués au prolapsus utérin avec cystolie étendue avant et après la ménopause (*The Am. J. of Obst. and Dis. of Women and Children*, n° 5, novembre 1912).

VOLLRAIT. — Prolapsus operationen (*Thèse de Berlin*, 1892).

WORMER. — Ueber prolaps operationen (*Monats. f. geburt. and Gynak.*, 1898, Bd. VII, Heft. 4 ; p. 367).

WORMSER. — Zur P. Muller'schen prolapsoperationen (*Centralbl. f. gynak.*, 1899, p. 12).

WORMSER. — Prolasopérations bei alteren Foranen (*Correspondenz Blatt. sur Schweizer Aerzte*, n° 23, 10 août 1912).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	11
Aperçu des principales opérations	12
L'opération de Muller	17
Modifications apportées à la technique	21
Opération de Muller modifiée	24
Résultats de l'opération de Muller et observations	27
Résumé des observations	48
Indications de la colpectomie totale	50
Contre-indications opératoires	52
Reproches et objections faites à l'opération de Muller.	53
La Colpectomie simple, totale, est-elle suffisante.	55
Conclusions.	61
Bibliographie	63
